

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



TÍTULO DE LA TESIS

**“PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD POR PADRES Y ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE
PACIENTES EN RESGUARDO DOMICILIARIO POR COVID-19”**

POR

DRA. ALEJANDRA GRIJALVA MARTÍNEZ

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
SUBESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA
ADOLESCENCIA**

15 DE DICIEMBRE DE 2021, MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

**“PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
E HIPERACTIVIDAD POR PADRES Y ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE
PACIENTES EN RESGUARDO DOMICILIARIO POR COVID-19”**

Aprobación de la tesis:



Dra. med. Myrthala Juárez Treviño
Director de tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mis padres, hermano, familia y amigos, gracias por su apoyo y cariño, les amo.

A la Dra. med. Myrthala Juárez Treviño gracias por su guía y apoyo, así como la libertad para poder explorar mis capacidades como estudiante durante estos dos años.

A mis maestros, tutores y supervisores gracias por ser parte de mi formación y ser un gran ejemplo de lo que es y debe de ser un paidopsiquiatra.

A mis pacientes y sus padres ustedes son mis grandes maestros, gracias por la confianza.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Capítulo I	
1.- RESUMEN	7
Capítulo II	
2.- INTRODUCCIÓN.....	9
Capítulo III	
3.- ANTECEDENTES.....	12
Capítulo IV	
4.- MARCO TEÓRICO.....	17
Capítulo V	
5.- JUSTIFICACIÓN.....	23
Capítulo VI	
6.- HIPÓTESIS.....	24
Capítulo VII	
7.- OBJETIVOS.....	25
Capítulo VIII	
8.- METODOLOGÍA.....	26
Capítulo IX	
9.- RESULTADOS.....	33
Capítulo X	
10.- CONCLUSIONES.....	38
Capítulo Xi	
11.- ANEXOS.....	41
Capítulo XII	
12.- BIBLIOGRAFÍA.....	58
Capítulo XIII	
13.- RESUMEN BIOGRÁFICO.....	63

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
<i>1.1: Perfil demográfico padres de pacientes con TDAH.....</i>	41
<i>1.2: Perfil demográfico pacientes con TDAH.....</i>	42
<i>1.3: Resultados comparación 3 meses vs 6 meses.....</i>	43
<i>1.4: Resultados comparación 3 meses vs 9 meses.....</i>	44

LISTA DE ABREVIATURAS

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª Edición.

COVID-19:

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SARS-CoV-19: Síndrome respiratorio agudo por COVID-19.

EAGG: Grupo Europeo de manejo de TDAH.

SNAP-IV: Escala de TDAH de Swanson, Nolan y Pelham.

EAT: Escala de Apego a Tratamiento.

CAPÍTULO I

RESUMEN

Título: Percepción de síntomas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad por padres y adherencia a tratamiento de pacientes en resguardo domiciliario por COVID-19,

Introducción: Se ha demostrado que los cambios en la rutina y estructura diaria de los pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) producen aumento en la gravedad de los síntomas, las medidas de contingencia producidas por la pandemia por COVID-19 como la cuarentena pudieran agravarlos.

Métodos: Se evaluó de forma longitudinal durante 9 meses a pacientes con TDAH de la consulta externa en la cual se les aplicó la escala de Swanson, Nolan and Pelham (SNAP-IV) para medir los síntomas de TDAH y la Escala de Apego Terapéutico (EAT) a los 3, 6 y 9 meses de cuarentena, se realiza un análisis descriptivo y comparativo de las diferentes variables.

Resultados: Se estudiaron 54 pacientes y a sus cuidadores en el transcurso de 9 meses, con una edad media de 11.2 años (SD= 3.1) y 41.7 años (SD= 8.3), se encontró aumento en la sintomatología del TDAH sin llegar a ser estadísticamente significativo, con buen apego a las medidas conductuales y medicación.

Conclusiones: A pesar de haber sufrido alteraciones en su rutina diaria y haber tenido estresores importantes a lo largo de nueve meses, nuestros pacientes con TDAH se encontraron con buen control de síntomas lo cual probablemente se

debe a un adecuado apego terapéutico ya sea con medicación y/o medidas conductuales.

CAPÍTULO II

INTRODUCCIÓN

En enero del 2020 se avisó al mundo el advenimiento de una nueva enfermedad provocada por un virus de la familia de los Coronavirus, el síndrome respiratorio agudo (SARS-Cov2) donde se registraron los primeros casos en Wuhan, China, (Duan & Zhu, 2020; S. Li, Wang, Xue, Zhao, & Zhu, 2020; W. Li et al., 2020; J. J. Liu, Bao, Huang, Shi, & Lu, 2020) desde entonces y bajo la recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se han tomado medidas extraordinarias por parte de los gobiernos de diferentes países para contener la expansión del virus entre ellas el distanciamiento físico, higiene de manos, suspensión de actividades en escuelas, restaurantes, etc.(Organización Panamericana de la Salud, 2020) Dentro del ámbito hospitalario se suspendieron las actividades no esenciales de la consulta externa, cirugías electivas y se realizaron áreas específicas para el tratamiento de los pacientes afectados por el virus SARS-Cov2, lo cual trajo nuevos retos para el seguimiento de los pacientes con algún trastorno psiquiátrico. (W. Li et al., 2020; S. Liu et al., 2020)

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un síndrome del neurodesarrollo complejo y heterogéneo caracterizado por hiperactividad, inatención o ambos que impacta en el ámbito escolar, social y familiar, (Faraone et al., 2015) el cual tiene una prevalencia aproximada en niños y adolescentes en

edad escolar de aproximadamente el 5% (Cortese et al., 2020) y puede contribuir a sufrir otros padecimientos psiquiátricos como ansiedad, depresión y consumo de sustancias, dentro de la variedad de tratamientos utilizados los psicofármacos e intervenciones conductuales son una de las medidas más utilizadas, esto requiere un seguimiento estrecho por para evaluar adherencia, medir talla, peso, tensión arterial o algún otro efecto adverso. (Faraone et al., 2015) Uno de los pilares dentro del tratamiento del TDAH es la medicación en el cual hay una amplia evidencia acerca de los factores que podrían afectar la adherencia al mismo en los cuales los cuidadores juegan un papel muy importante en la misma ya que las creencias, temores a efectos adversos, actitudes negativas hacia el padecimiento y tratamiento, pudieran determinar la continuación o suspensión del medicamento y esto pudiera a contribuir que las medidas terapéuticas implementadas no sean efectivas o a la aparición de complicaciones empeorando el pronóstico de la enfermedad. (Khan & Aslani, 2019)

Estudios previos reportaron mayores índices aislamiento, aburrimiento, dificultades para el aprendizaje en línea (Becker et al., 2020; Sibley et al., 2021) mayor tiempo de uso de internet y pantallas, alteraciones en el sueño (Becker et al., 2021; McGrath, 2020; Werling, Walitza, & Drechsler, 2021), así como agresividad y delincuencia (Kawaoka et al., 2021).

Tratamos de explorar en este estudio como el advenimiento de las medidas para contener la pandemia del SARS-Cov2 pudiera afectar en tratamiento y adherencia a tratamiento de los pacientes con diagnóstico de TDAH, con fin de

proponer medidas para disminuir el impacto que pudiera tener sobre su salud mental.

CAPÍTULO III

ANTECEDENTES

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un síndrome del neurodesarrollo, complejo, heterogéneo el cual consiste en aumento de la actividad psicomotriz (hiperactividad), inatención o mixto que impacta el ámbito escolar, social y familiar, fue descrito por primera vez en 1775 y desde ese entonces ha crecido la evidencia y validez del diagnóstico hasta ser incluido por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) en su tercera edición en 1980 (Faraone et al., 2015), esto llevando a la creación de herramientas de cribado, seguimiento y comprobar la eficacia de intervenciones farmacológicas y terapéuticas. Se estima una prevalencia dentro de los niños y adolescentes de hasta un 5% y en adultos de 2.5%, más común en el hombres que en mujeres en ratios que van desde 2.4:1 – 4:1, estas discrepancias aún no se ha podido determinar si es biológicamente específicamente, o sesgos en el diagnóstico hacia las mujeres llevando a un subdiagnóstico en esta población, dentro de la etiopatología se conoce como una enfermedad factorial donde factores genéticos, ambientales y sociales entran en juego, se conoce que en el TDAH es comúnmente asociado en las familias donde se han encontrado asociaciones en estudios de gemelos de entre un 70-80%, se ha tratado de dilucidar molecularmente polimorfismos que pudieran explicar la

patofisiología donde se ha demostrado el rol de la dopamina, noradrenalina y serotonina aún con las interrogantes de cómo su interacción con factores ambientales pudieran desencadenar los diferentes síntomas de este trastorno. (Pimentel, Vieira-Santos, Santos, & Vale, 2011; Theule, Wiener, Tannock, & Jenkins, 2013) Dentro de los tratamientos que han demostrado ayudar a la disminución de los síntomas en estos pacientes son los psicofármacos como los estimulantes dentro de los que se encuentran el metilfenidato, derivados de las anfetaminas como la lisdexanfetamina, inhibidores de la recaptura de noradrenalina como la atomoxetina, agonistas adrenérgicos α -2 guanfacina y clonidina, o medicamentos de tercera línea como el antidepresivo bupropión con propiedades psicoestimulantes por su acción como inhibidor en la recaptura de dopamina, serotonina y noradrenalina.

El diagnóstico del TDAH es clínico, se debe de realizar una historia clínica completa con especial énfasis en los hitos del desarrollo, desempeño escolar, evaluación de la conducta en las diferentes áreas en las que el niño se desenvuelve y de preferencia a través de varios informantes como los padres, maestros, entrenadores, etc. Se deben de determinar los síntomas actuales y evaluar el impacto que tienen estos en el funcionamiento del paciente para poder determinar el subtipo (hiperactivo, inatento o mixto) y las metas del tratamiento, en caso de ser necesario se realizaran pruebas psicológicas donde se evalúen las capacidades cognitivas del paciente; cuando se haya recogido toda esta información se dará un diagnóstico categórico de acuerdo al DSM-5 especificando el subtipo, así como posibles comorbilidades comúnmente asociadas como

depresión, ansiedad y trastornos de la conducta, de acuerdo a esto se creará un plan de tratamiento que incluirá intervenciones conductuales, psicoeducación acerca del trastorno, adecuaciones según sean necesarias en la escuela y un psicofármaco, en el cual se tomarán en cuenta las preferencias de los padres y en medida de lo posible del paciente. (American Psychiatric Association, 2013)

Teniendo en cuenta su curso crónico, así como los diferentes fármacos y presentaciones se toma en cuenta a la hora de elegir medicación el subtipo de TDAH, si hay presencia de comorbilidades, los síntomas que buscamos atenuar o eliminar, informar de los riesgos y beneficios de la medicación, incluyendo el no tratar con los mismos, explicar los efectos adversos, perfil farmacológico, dosis, la titulación del medicamento, citas de seguimiento, interacciones con otros fármacos, restricciones dietéticas, etc. Esto se debe de informar de manera clara y precisa a los padres y el paciente, para que se pueda tomar una decisión en conjunto que buscando el beneficio total.

Dentro de los factores ambientales que encontramos en el TDAH se ha encontrado que el aumento del estrés percibido por los padres puede afectar la percepción de los síntomas de los pacientes viéndolos de forma más negativa y por otra parte el ambiente de estrés en alguno de los contextos familiar, escolar o social puede hacer que la sintomatología del TDAH se exacerbe pudiendo aparecer complicaciones como ansiedad, depresión, uso de sustancias, problemas en la relación con los diferentes miembros de la familia y pares.

En enero de 2020 se determinó por parte de la Organización Mundial de la Salud la alerta de una nueva enfermedad infecciosa provocada por el virus

Coronavirus el cual provoca el Síndrome Respiratorio Agudo (SARS-Cov2) desde ese momento y hasta la actualidad se han tomado medidas preventivas para evitar el contagio masivo de personas y prevenir el colapso sanitario de los países. (S. Li et al., 2020) El gobierno de México siguiendo los lineamientos internacionales preparó su plan de contingencia para la llegada del virus al país hecho por el Comité Nacional para la Seguridad de Salud donde a partir del 23 de marzo inicia la Jornada Nacional de Sana Distancia con la puesta en marcha de las siguientes medidas: distanciamiento físico, lavado frecuente de manos, etiqueta respiratoria, saludo a distancia, recuperación efectivas. Así como la suspensión en actividades consideradas no esenciales las cuales involucran limitación de concentración de más de 100 personas, suspensión de la actividad escolar en todos los niveles educativos, limitación al máximo del sector público, suspensión de espacios de esparcimiento como centros culturales, bares, restaurantes, etc. Se inicio en diferentes hospitales de nuestro país la reconversión de áreas hospitalarias únicamente para tratar a pacientes con enfermedad provocada por el virus (COVID-19) así como se sugirió la suspensión de las consultas médicas no esenciales, cirugías electivas, esto con la finalidad de disminuir aglomeraciones y el transito de personas. (Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, 2020)

Desde el inicio de esta pandemia distintos autores han hecho llamados para investigar las posibles repercusiones que pudiera tener la pandemia de COVID-19 en la salud mental de la población en general, reconociendo que los pacientes con algún trastorno psiquiátrico como los más vulnerables; hasta el momento

desconocemos cómo las medidas establecidas para la contención del virus pudieran estar afectando a la población a los pacientes con TDAH, es esperado que la pérdida de rutina pudiera tener efecto en la conducta y síntomas de TDAH, para esto el Grupo Europeo de manejo de TDAH (EAGG por sus siglas en inglés) en abril de este año lanzó un comunicado con ciertas recomendaciones de seguimiento a estos pacientes dentro los que se incluyen continuar el tratamiento farmacológico usual, evitar en la manera de lo posible los “drug holidays” o la suspensión de los medicamentos durante épocas vacacionales o fines de semana, ya que esto pudiera ocasionar una exacerbación de la sintomatología y predisponer a los pacientes a no seguir las recomendaciones sanitarias como la distancia física, no aumentar ni disminuir dosis, continuar en la manera de lo posible con citas a distancia, realizar regulaciones para permitir surtir con antelación los medicamentos en caso que sean sustancias controladas como los psicoestimulantes, continuar con sus ejercicios terapéuticos en caso de contar con ellos, realizar en caso de contar con los instrumentos el peso, talla y presión arterial, y ante la aparición de algún síntoma nuevo programar una cita con el médico para su evaluación(Cortese et al., 2020).

CAPÍTULO IV

MARCO TEÓRICO

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Siguiendo el DSM-5 se caracteriza por:

A. Un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas:

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos). Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- f. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- g. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- h. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f. Con frecuencia habla excesivamente.

- g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
- h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

- **Presentación combinada o mixta:** Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses. (American Psychiatric Association, 2013)

Distanciamiento físico: Medidas sociales establecidas para reducir la frecuencia de contacto entre las personas para disminuir el riesgo de propagación de enfermedades transmisibles, estableciendo una distancia mínima de 1.50 metros entre personas. (Brooks et al., 2020)

Cuidador primario: Persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta. (World Health Organization, 2015)

Adherencia a tratamiento: Se define como el grado en el que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida – se corresponde con las recomendaciones acordadas

de un prestador de asistencia sanitaria. (Soria Trujano, Vega Valero, & Nava Quiroz, 2009)

Escala de adherencia a tratamiento: Es una escala autoaplicable tipo likert diseñada para evaluar la adherencia a tratamientos en enfermedades crónicas, consta de 21 ítems, 7 reactivos dirigidos para evaluar la ingesta de medicamentos y alimentos, siete conductas de seguimiento y otras siete con propiedades psicométricas en los cuales se considera las propiedades individuales de la persona que contesta al preguntar si lo que está haciendo tiene algún beneficio para su salud en una escala del 0 al 100. Con una alfa de Cronbach de 0.919 lo que se considera alto nivel de confiabilidad. (Soria Trujano et al., 2009)

Escala de TDAH de Swanson, Nolan y Pelham versión para padres (SNAP-IV): Se deriva de la entrevista diagnóstica para niños (DISC-R por sus siglas en inglés) para TDAH, dirigido para docentes y padres, es una escala tipo likert que incluye 18 ítems del TDAH y 8 ítems del trastorno oposicionista desafiante. Estos síntomas son puntuados por severidad en 4 puntos: 0=en absoluto, 1=un poco, 2= bastante, 3=mucho, el cual se encuentra validada en la población latinoamericana. La escala para padres obtuvo una alfa de Cronbach de la escala total 0.94, escala de inatención 0.90, escala de hiperactividad/impulsividad 0.79. El punto de corte es para padres es (1,78) y maestro (2,56). No hubo variaciones significativas en la edad y sexo.

CAPÍTULO V

JUSTIFICACIÓN

Es esperado que durante un evento catastrófico aumenten los síntomas psiquiátricos en la población, se ha visto que mientras más estrés experimenten los pacientes con TDAH pudieran empeorar los síntomas del mismo, así como la percepción negativa por parte de los cuidadores; es importante valorar cómo pudieran afectar estos la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes para su adecuado seguimiento.

CAPÍTULO VI

Hipótesis de trabajo

Existe aumento de los síntomas de TDAH durante el distanciamiento físico de la pandemia COVID-19, el cual pudiera afectar la percepción de los mismos y la adherencia a tratamiento en los pacientes con diagnóstico de TDAH de la consulta externa en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Hipótesis nula

No existe aumento de los síntomas de TDAH durante el distanciamiento físico de la pandemia COVID-19 en los pacientes con diagnóstico de TDAH de la consulta externa en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Pregunta de investigación

¿Existirá cambios en la percepción de los síntomas de TDAH en las madres de los pacientes con este diagnóstico de la consulta externa de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”? ¿Afectará la adherencia a tratamiento?

CAPÍTULO VII

Objetivos

General

- Evaluar gravedad y condiciones de tratamiento de pacientes con TDAH en circunstancias de confinamiento por indicaciones de la Secretaría de Salud frente a la pandemia por COVID-19.

Específicos.

- a) Evaluar la magnitud de los síntomas de TDAH percibidos por los padres de pacientes afectados dentro del período de contingencia por COVID-19 y después de 6 meses cuando haya reiniciado el período escolar 2020 – 2021 establecido por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y hayan terminado las medidas de (mitigación de contagios) contingencia.
- b) Evaluar grado de adherencia al tratamiento en las mismas condiciones descritas en a).

CAPÍTULO VIII

Metodología

Tipo de Estudio

- Estudio observacional, longitudinal tipo panel.

Diseño del Estudio:

- Cuantitativo.

Descripción de la Metodología:

- Se utilizará una metodología de tipo cuantitativo.

Población de Estudio:

Cuidador primario de pacientes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de la consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, se considerarán elegibles aquellos que su última cita haya sido menor o igual a 6 meses previo a 23 de marzo de 2020.

Criterios de Inclusión

1. Cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

2. Que sea mayor de 18 años.
3. Que acepte participar en la aplicación de la encuesta.
4. Que cuente con una conexión a Internet o teléfono.

Criterios de Exclusión:

1. Individuos con alguna discapacidad intelectual que le impidan el entendimiento de las consignas para la aplicación de la escala.

Criterios de Eliminación:

1. Individuos que no logren completar las actividades completas.

Muestra y muestreo

Técnica de muestreo y tamaño de la muestra:

No probabilístico. Para el cálculo del tamaño mínimo de la muestra considerando una población de 1077 pacientes con TDAH, a una variabilidad máxima estimada del 50%, una confiabilidad del 95%, un error máximo aceptado del 10%, se determinó mediante la fórmula de tamaños muestrales para proporciones en poblaciones finitas, un tamaño de muestra de 80 pacientes.

Definición de Variables

Variable independiente

- Gravedad síntomas de TDAH en contingencia por COVID-19.

Definición conceptual: Se define la hiperactividad como aumento en la actividad física, pudiendo ser o no ser dirigida hacia un objetivo específico,

inatención como la falta de atención a los detalles o por descuido se cometen errores, en el trabajo o durante otras actividades, dificultades para la organización, impulsividad se definen como aquellas conductas, no planificadas sin tener en cuenta sus consecuencias.

Definición operacional: Para el déficit de atención: 2,56 para el profesor y 1,78 para padres, hiperactividad / impulsividad: 1,78 para el profesor y 1,44 para padres, combinado: 2,00 para el profesor y 1,67 para los padres

Escala de medición: Variable ordinal.

Variable dependiente

- Adherencia terapéutica

Definición conceptual: se define como el grado en que el comportamiento de una persona -tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Definición operacional: se define como la presencia de 68 puntos o más en la escala de adherencia terapéutica.

Escala de medición: variable ordinal.

Variables de control

- Sexo: identidad biológica masculina o femenina. Definida operacionalmente como sexo masculino o sexo femenino. Representa una variable cualitativa nominal dicotómica.

- Edad: años de vida a partir del nacimiento. Operacionalmente definida como la edad del sujeto en años al momento de la primera medición. Variable cuantitativa numérica.
- Estado civil: situación legal de la persona determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o unión con otro individuo. Definida operacionalmente como soltero, casado, separado, viudo, divorciado, unión libre. Siendo una variable cualitativa nominal.
- Nivel educativo: nivel de escolaridad al momento del estudio. Definida operacionalmente como ninguna, primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, licenciatura, posgrado. Siendo una variable cualitativa ordinal.
- Tiempo del diagnóstico de TDAH: siendo una variable de control, cantidad de días desde el diagnóstico, se tomará en cuenta se corroborará con expediente médico de paciente. Siendo una variable cuantitativa nominal.

Materiales

Se utilizará una encuesta en la plataforma en línea Google Docs, donde se pondrá un aviso de privacidad y el consentimiento de manejo de datos, ver Anexo 1.

Datos demográficos. Al inicio de la evaluación se solicitarán al cuidador datos demográficos como: género, edad, estado civil, estado de residencia, país de residencia, municipio de residencia, ocupación, con quién vive actualmente (desde el 23 de marzo de 2020), tipo de vivienda, situación ante la pandemia. Además de

datos demográficos del paciente, edad género, tiempo de diagnóstico, diagnóstico, comorbilidades, medicamento que toma, dosis del medicamento.

Escala de adherencia a tratamiento: Es una escala autoaplicable tipo likert diseñada para evaluar la adherencia a tratamientos en enfermedades crónicas, consta de 21 ítems, 7 reactivos dirigidos para evaluar la ingesta de medicamentos y alimentos, siete conductas de seguimiento y otras siete con propiedades psicométricas en los cuales se considera las propiedades individuales de la persona que contesta al preguntar si lo que está haciendo tiene algún beneficio para su salud en una escala del 0 al 100. Con una alfa de Cronbach de 0.919 lo que se considera alto nivel de confiabilidad.

Escala de TDAH de Swanson, Nolan y Pelham versión para padres (SNAP-IV): Se deriva de la entrevista diagnóstica para niños (DISC-R por sus siglas en inglés) para TDAH, dirigido para docentes y padres, es una escala tipo likert que incluye 18 ítems del TDAH y 8 ítems del trastorno oposicionista desafiante. Estos síntomas son puntuados por severidad en 4 puntos: 0=en absoluto, 1=un poco, 2=bastante, 3=mucho, el cual se encuentra validada en la población latinoamericana. La escala para padres obtuvo una alfa de Cronbach de la escala total 0.94, escala de inatención 0.90, escala de hiperactividad/impulsividad 0.79. El punto de corte es para padres es (1,78) y maestro (2,56). No hubo variaciones significativas en la edad y sexo. (Grañana et al., 2011)

Procedimiento de evaluación

La evaluación estará a cargo del investigador principal y co-investigador se hablará por teléfono a los padres de los pacientes y se enviará encuesta elaborada en Google Docs® por medio electrónico (mensajería instantánea y correo electrónico), al entrar al mismo se desplegará un aviso de privacidad con el consentimiento para realizar la encuesta, al final los datos se recabaran en una base de datos de Excel, de Microsoft Office 365® para su posterior análisis de datos, en caso de que la persona no cuenta con conexión de internet tendrá la opción de contestar vía telefónica con el investigador principal y co-investigador, teniendo un consentimiento verbal por el mismo, se le leerán las instrucciones en voz alta y se confirmará el entendimiento de las indicaciones solicitando que responda todos los reactivos. Además de especificar que no hay un tiempo delimitado para responder y que si cuenta con cualquier duda se le puede ir aclarando mientras responde.

En ambos casos, se hablará con el médico tratante a cargo para saber si el paciente cumple con los criterios de selección previo al contacto con el mismo.

Plan de análisis de datos

Se creará una base de datos utilizando el software de Excel, de Microsoft Office 365®. Asimismo, se realizarán los análisis estadísticos a través del software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v24.0), a partir de comparación de medias entre las diferentes escalas subclínicas y los datos demográficos de género, escolaridad, ocupación, tiempo de diagnóstico, subtipo de diagnóstico, tipo de medicación, tiempo de medicación y dosis del medicamento. Análisis de

frecuencias en datos demográficos y descriptivos en variables de adherencia a tratamiento y percepción de síntomas.

Consideraciones éticas

La investigación será de forma confidencial, se utilizarán los datos que se proporcionen en la evaluación y el diagnóstico psiquiátrico del clínico basado en criterios del DSM-5. Se establecerá un aviso al inicio de la encuesta y se pedirá el consentimiento verbal de los participantes. Así como informar a cada participante del propósito de la investigación a través del Consentimiento Informado, Aviso del proceso, Confidencialidad y uso que se dará a la información proporcionada al inicio de cada encuesta. (Ver apéndice A).

CAPÍTULO IX

RESULTADOS

Se estudiaron 54 pacientes con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y sus cuidadores en el transcurso de 9 meses, reclutados del área de consulta externa de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, para medir a lo largo del tiempo los síntomas del padecimiento y el grado de apego a tratamiento terapéutico durante las medidas de confinamiento por COVID-19, se les invitó a participar de forma telefónica y al aceptar se les envió un consentimiento electrónico junto con la escala SNAP-IV en su versión para padres con lo cual se busca medir gravedad de síntomas de TDAH como hiperactividad (aumento de la actividad motriz), impulsividad (predisposición a reaccionar de una manera inesperada) e inatención, y la Escala de Apego Terapéutico (EAT), ambas en español y validadas en población mexicana.

Dentro de las características de la población se incluyeron 54 padres de pacientes (Tabla 1.1) con una edad media de 41.7 años \pm 8.3, siendo la mayor parte de género femenino 83.3% (N= 45) masculino 16.7 (N= 9), la mayor parte de la población de estudio reportó un estado civil casado 55.6% (N= 30), siguiendo en unión libre 18.5% (N= 10), divorciado 16.7% (N= 9) y soltero 9.3% (N= 5), la escolaridad más frecuente fue preparatoria/bachillerato 29.6% (N= 16), seguido de

secundaria y licenciatura con 27.8% (N=15) cada una, posgrado 9.3% (N= 5) primaria 3.7% (N= 2) y una persona no reportó su escolaridad 1.9% (N= 1), reportaron un ingreso mensual de aproximadamente \$4001-8000 pesos mexicanos 31.5% (N= 17), seguido por el segundo grupo 22.2% (N= 12) que recibe un ingreso mensual mayor a \$11,000 un 20.4% (N= 11) de la muestra reportó ingresos menores a \$2,500 pesos mexicanos.

La mayor parte de la población de estudio reportó encontrarse siguiendo las medidas de confinamiento 59.3% (N= 32) mientras que 29.6% (N= 16) continuaba trabajando fuera de casa, el 24.1% (N= 13) realizó trabajo en casa (*home office*), 5.6% (N= 3) mencionaron ser trabajadores considerados esenciales y solamente el 1.9% (N= 1) trabajaba en el área de la salud. Se realizaron preguntas cualitativas sobre si después de 3 meses de confinamiento habían estado en contacto con alguien con diagnóstico o haber estado contagiado de COVID-19 a lo cual la mayoría contestó que no 90.7% (N= 49), la mayoría le preocupaba la situación económica posterior a las medidas de confinamiento 92.6% (N= 50).

En la segunda aplicación de la encuesta a 6 meses de inicio de confinamiento las 28 personas que respondieron la encuesta el 71.5% (N= 20) reportó haber estado en contacto o haberse contagiado con COVID-19, el 50% (N= 14) reportaron una peor situación económica, mientras que el 46.4% (N= 13) no reportó cambios en su situación económica y el resto 3.6% (N= 1) refirió una mejor situación económica.

En la tercera aplicación de la encuesta a 9 meses del inicio de las medidas de confinamiento domiciliario solamente respondieron 32 personas de la muestra

inicial las cuales el 56.3% (N= 18) reportó peor situación económica que hace 9 meses, 40.6% (N=9) no reportó cambios y 6.2% (N= 2) mencionan mejoría de su situación económica pre-pandemia.

Fueron en total 54 pacientes con diagnóstico de TDAH (Tabla 1.2) siendo más frecuente el género masculino siendo el 74.1% (N= 40) y femenino 25.9% (N= 14) con una media de edad de 11.2 años ± 3.1 donde se formaron dos grupos de estudio conforme a su edad. El primer grupo de pacientes en edad escolar de 7-11 años los cuales constituyen 48.14% de la muestra (N= 26) con una media de edad de 8.6 ± 1.7 años. El segundo grupo fue de adolescentes de 12-17 años 51.86% (N=28) con una media de edad de 13.9 ± 1.4 años los cuales se encuentran en confinamiento desde el 23 de marzo de 2020 el inicio de la Jornada Nacional de Sana Distancia. En cuanto al tipo de presentación de TDAH el 42.6% (N= 23) de la muestra total era de subtipo hiperactivo, 42.6% (N= 23) subtipo mixto y solamente un 14.8% (N= 8) subtipo inatento, con una media total de 36 meses desde el diagnóstico con una desviación estándar 12-60 meses. El 50% (N= 27.8%) reportó estar tomando el medicamento estimulante Metilfenidato; el 27.8% (N=15) refirió no estar tomando algún tipo de medicación; el 5.6% (N= 3) toma el medicamento no-estimulante Atomoxetina; el 16.7% toma otros medicamentos tales como antidepresivos y antipsicóticos [3.7% (N=2) cada uno] y otro tipo de medicamentos no especificados en el 7.4% (N=4).

Durante la primer evaluación tres meses de iniciadas las medidas de contingencia contra COVID-19 los padres reportaron puntajes en la escala SNAP-IV para medir la gravedad de los síntomas de TDAH en un promedio de 1.42 ± 0.62 siendo el punto de corte > 1.67 de los cuales 32.1% (N= 9) mostraron estar

por arriba del mismo lo cual significa encontrarse con niveles elevados de síntomas de TDAH. Al dividir por grupos de edad, se observó en los escolares (7-11 años) un puntaje promedio de 1.51 ± 0.65 . El 38.9% (N= 7) de este grupo mostró niveles por arriba del punto de corte (± 2.32 , $p=0.118$). El grupo de adolescentes (12-17 años) mostró un puntaje promedio de 1.25 ± 0.62 , con el 40% (N= 4) con niveles por arriba del punto de corte de su grupo (± 2.29 , $p= 0.859$).

A los seis meses de contingencia se realizó la segunda evaluación con la participación de 28 padres de pacientes los cuales reportaron puntajes en el SNAP de 1.55 ± 0.65 global ($p= 0.374$); 46.4% (N= 13) puntuaron por arriba del punto de corte (± 2.32 , $p= 0.344$). Los pacientes escolares (N= 18) reportaron 1.80 ± 0.63 ($p= 0.118$), de los cuales el 66.7% (N= 12) estuvieron por arriba del punto de corte (± 2.3 , $p= 0.508$). Los adolescentes (N= 10) registraron una media de 1.11 ± 0.41 ($p= 0.553$); el 10% (N= 1) del grupo con niveles arriba del punto de corte (± 2.08 , $p= >0.999$).

En la tercera evaluación a nueve meses del inicio de las medidas de contingencia se volvieron a recolectar los datos a los cuales 32 padres contestaron donde reportaron niveles globales en el SNAP-IV de 1.54 ± 0.76 con el 40.6% (N= 13) arriba del punto de corte ($p= >0.999$). En el grupo de escolares (N= 19) hubo una media de 1.72 ± 0.77 ($p= >0.999$). En los adolescentes (N= 13) con una media de 1.31 ± 0.80 ($p= 0.576$), el y 30.8% (N= 4) registró una puntuación por arriba del punto de corte ($p= \pm 2.47$, >0.999).

En la escala de apego terapéutico (EAT) se encontró en la primera vuelta de un media global de 71.1 puntos, esto es, por arriba del punto de corte de >68 puntos lo que indica buen apego a las intervenciones terapéuticas ya sea

farmacológicas y/o conductuales. En la segunda vuelta se obtuvo una media de 63.5 puntos, esto es, por debajo del corte indicando disminución en el apego terapéutico. En la tercera vuelta se obtuvo una media de 69.5, 1.5 puntos por arriba del punto de corte, lo cual pudiera ser explicado por el regreso a clases de los pacientes.

En la apreciación cualitativa de los padres (N= 32) del desempeño académico de sus hijos a seis meses de estar en clases virtuales, el 71.4% (N= 20) se encontraba en clases por plataformas en línea y el 28.6% (N= 8) tomaba clases por televisión abierta. El 65.5% (N= 21) consideró que la calidad de las clases en línea es peor que las presenciales, 28.1% (N= 9) igual que las presenciales y 12.5% (N= 4) mejor que las presenciales. Se investigó cómo a su percepción consideraban el aprendizaje de sus hijos donde el 65.6% (N= 21) consideró ser peor que antes, 21.9% (N= 7) igual que antes y el 12.5% (N= 4) mejor que antes. En cuanto a las calificaciones de sus hijos, el 40.6% (N= 13) reportó ser iguales que antes, 34.4% (N= 11) mejor que antes y 25% (N= 8) peor que antes del inicio de la pandemia.

CAPÍTULO X

CONCLUSIONES

Estudiamos la gravedad de los síntomas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y el apego a tratamiento durante nueve meses después del inicio de las medidas de contingencia en pacientes de la consulta externa de un hospital de tercer nivel. Encontramos que en nuestra población la tendencia a nueve meses de los síntomas de TDAH lograron mantenerse estables, con un ligero aumento sin llegar a la significancia estadística durante los períodos de transición como lo son el regreso a clases y las vacaciones de Navidad de acuerdo a lo previamente reportado en la literatura. (Faraone et al., 2015; Hernández-Otero et al., 2015).

Los padres de nuestro estudio más de la mitad de la muestra reportó peor situación económica a 6 (N=14, 50%) y 9 meses (N=18, 56.3) el inicio de la pandemia. Lo cual es consistente con lo publicado en otras poblaciones donde reportan a los papás de los niños con trastornos del neurodesarrollo reportaron haber sufrido pérdida de empleo o la necesidad de la reducción de horas de trabajo lo que directa e indirectamente afectó la dinámica familiar de los pacientes (Chafouleas & Iovino, 2021; Pecor et al., 2021; Shorey, Lau, Tan, Ng, & Aishworiya, 2021).

En nuestra población a lo largo de las tres evaluaciones durante los nueve meses del inicio de la pandemia hubo un adecuado apego al tratamiento tanto conductual como farmacológico, lo cual pudiera explicar el adecuado control de síntomas, contrario a reportes previos que estimaron al TDAH como un factor de riesgo de al padecer COVID y sufrir mayor sintomatología (Merzon, Manor, et al., 2021). El tratamiento con farmacoterapia moderaba su riesgo (Merzon, Weiss, et al., 2021). De ahí la extrema relevancia del adecuado apego al tratamiento de los pacientes. En este estudio pudo constatarse la relación positiva entre la magnitud de los síntomas y el nivel de apego al tratamiento.

A pesar de los padres haber reportado subjetivamente peor desempeño académico y aprendizaje, nuestra muestra mejoró sus calificaciones a comparación de el año previo, Sibley et al. Encontraron algunos beneficios de las medidas de contingencia y las modificaciones escolares en los niños y adolescentes con TDAH como mayor tiempo de completar trabajo académico, mejoría de la ansiedad, mayor tiempo de relajación lo cual pudiera explicar en cierta medida la mejora del desempeño académico (Sibley et al., 2021). Otra hipótesis son las discrepancias entre el modo de evaluar de las diferentes instancias gubernamentales vs colegios privados.

Una de las ventajas de nuestro estudio es su naturaleza longitudinal donde pudimos evaluar la gravedad de los síntomas en momentos críticos dentro de la cuarentena y eventos que pudieron afectar la rutina de la familia como las vacaciones y el regreso a clases eventos percibidos por los padres como estresantes.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio fue la pérdida de seguimiento de más de la mitad de la muestra lo cual coincide con lo reportado en otras poblaciones sobre la pérdida de atención o la dificultad para acceder a los servicios de salud mental,(Hernández-Otero et al., 2015; S. Li et al., 2020; Shorey et al., 2021; Ueda et al., 2021) motivo por el cual debemos tomar con precaución los resultados obtenidos ya que quedan en duda los motivos por los cuales hubo abandono del estudio al no poder localizar a los pacientes y la naturaleza de autorreporte parental lo cual pudiera generar algún tipo de sesgo.

Como conclusión observamos una tendencia de los síntomas de TDAH a mantenerse iguales durante aproximadamente nueve meses de haber iniciado las medidas de contingencia en México con un adecuado apego a tratamiento, Pudimos demostrar que al haber un buen apego al tratamiento de TDAH (psicofármacos y psicoterapia) los síntomas se encontraron bajo control bajo circunstancias estresantes como lo es una cuarentena. Sería importante evaluar a futuro los mediadores individuales de apego a tratamiento y compararlo con aquellos que abandonaron el tratamiento.

CAPÍTULO XI

Anexos

Tabla 1.1: Perfil demográfico padres de pacientes con TDAH.

Variable	Global n = 54	7-11 años n = 26	12-17 años n = 28
Cuidador			
Género			
Masculino	9 (16.7%)	4 (15.4%)	5 (17.9%)
Femenino	45 (83.3%)	2 (84.6%)	23 (82.1%)
Edad	41.7 ± 8.3	38.5 ± 8.6	44.8 ± 6.9
Estado civil	-		
Casado	30 (55.6%)	12 (46.2%)	18 (64.3%)
Divorciado	9 (16.7%)	6 (23.1%)	3 (10.7%)
Soltero	5 (9.3%)	1 (3.8%)	4 (14.3%)
Unión libre	10 (18.5%)	7 (26.9%)	3 (10.7%)
Escolaridad	-		
Primaria	2 (3.7%)	2 (7.7%)	0 (0%)
Secundaria	15 (27.8%)	6 (23.1%)	9 (32.1%)
Preparatoria/bachillerato	16 (29.6%)	7 (26.9%)	9 (32.1%)
Licenciatura	15 (27.8%)	9 (34.6%)	6 (21.4%)
Posgrado	5 (9.3%)	2 (7.7%)	3 (10.7%)
Otro	1 (1.9%)	0 (0%)	1 (3.6%)
Ingreso mensual aproximado	-		
<\$2500 pesos	11 (20.4%)	3 (11.5%)	8 (28.6%)
\$2501-4000 pesos	10 (18.5%)	6 (23.1%)	4 (14.3%)
\$4001-8000 pesos	17 (31.5%)	9 (34.6%)	8 (28.6%)
\$8001-11000 pesos	4 (7.4%)	1 (3.8%)	3 (10.7%)
>\$11000 pesos	12 (22.2%)	7 (26.9%)	5 (17.9%)
Situación ante la pandemia de COVID-19	-		
En cuarentena	32 (59.3%)	14 (53.8%)	18 (64.3%)
Trabaja en casa	13 (24.1%)	8 (30.8%)	5 (17.9%)
Trabaja fuera de casa	16 (29.6%)	9 (34.6%)	7 (25%)
No está en cuarentena	3 (5.6%)	1 (3.8%)	2 (7.1%)
Es trabajador de salud	1 (1.9%)	1 (3.8%)	0 (0%)
Es trabajador esencial	3 (5.6%)	1 (3.8%)	2 (7.1%)
Contacto con personas con diagnóstico y/o sospecha de COVID-19	-		
Sí	5 (9.3%)	3 (11.5%)	2 (7.1%)
No	49 (90.7%)	23 (88.5%)	26 (92.9%)
Le preocupa la situación económica después de la pandemia	-		
Sí	50 (92.6%)	23 (88.5%)	27 (96.4%)
No	4 (7.4%)	3 (11.5%)	1 (3.6%)

Tabla 1.2: Perfil demográfico pacientes con TDAH.

Variable	Global	7-11 años	12-17 años
Edad	11.3 ± 3.1	8.6 ± 1.7	13.9 ± 1.4
Género			
Masculino	40 (74.1%)	23 (88.5%)	17 (60.7%)
Femenino	14 (25.9%)	3 (11.5%)	11 (39.3%)
Diagnóstico	-		
TDAH subtipo hiperactivo	23 (42.6%)	14 (53.8%)	9 (32.1%)
TDAH subtipo inatento	8 (14.8%)	2 (7.7%)	6 (21.4%)
TDAH subtipo mixto	23 (42.6%)	10 (38.5%)	13 (46.4%)
Tiempo con diagnóstico (meses)	36 (12-60)	36 (16.5-48)	48 (12-84)
Medicamento que usa	-		
Antidepresivo	2 (3.7%)	1 (3.8%)	1 (3.6%)
Antipsicótico	2 (3.7%)	1 (3.8%)	1 (3.6%)
Atomoxetina	3 (5.6%)	1 (3.8%)	2 (7.1%)
Estabilizador y antipsicótico	1 (1.9%)	0 (0%)	1 (3.6%)
Metilfenidato	27 (50%)	16 (61.5%)	11 (39.3%)
No toma medicamento	15 (27.8%)	6 (23.1%)	9 (32.1%)
Otro	4 (7.4%)	1 (3.8%)	3 (10.7%)
Otro diagnóstico psiquiátrico	-		
Trastorno bipolar	3 (5.6%)	0 (0%)	3 (10.7%)
Trastorno de la conducta	1 (1.9%)	1 (3.8%)	0 (0%)
Trastorno del espectro autista	2 (3.7%)	1 (3.8%)	1 (3.6%)
Trastorno depresivo mayor	2 (3.7%)	0 (0%)	2 (7.1%)

Tabla 1.3: Resultados comparación 3 meses vs 6 meses

Variable	n	Global			n	7-11 años			n	12-17 años		
		Primera vuelta	Segunda vuelta	P		Primera vuelta	Segunda vuelta	P		Primera vuelta	Segunda vuelta	P
Inatención	28				18				10			
Puntaje		1.48 ± 0.64	1.58 ± 0.57	0.413		1.46 ± 0.56	1.66 ± 0.57	0.23		1.53 ± 0.80	1.45 ± 0.58	0.859
>1.78 pts		10 (35.7%)	12 (42.9%)	0.754		6 (33.3%)	9 (50%)	0.453		4 (40%)	3 (30%)	>0.999
Hiperactividad	28				18				10			
Puntaje		1.35 ± 0.78	1.53 ± 0.50	0.269		1.56 ± 0.78	1.95 ± 0.75	0.067		0.96 ± 0.63	0.76 ± 0.47	0.444
>1.44 pts		12 (42.9%)	16 (57.1%)	0.289		11 (61.1%)	14 (77.8%)	0.375		1 (10%)	2 (20%)	>0.999
SNAP IV	28				18				10			
Puntaje		1.42 ± 0.64	1.55 ± 0.65	0.374		1.51 ± 0.65	1.80 ± 0.63	0.118		1.25 ± 0.62	1.11 ± 0.41	0.553
>1.67 pts		9 (32.1%)	13 (46.4%)	0.344		7 (38.9%)	12 (66.7%)	0.125		2 (20%)	1 (10%)	>0.999
EAT	28				18				10			
Puntaje		73.2 ± 9.3	63.5 ± 18.7	0.063		73.9 ± 7.3	63.8 ± 20.7	0.117		72.1 ± 12.6	62.8 ± 15.6	0.284
>68 pts		22 (78.6%)	17 (60.7%)	0.267		15 (83.3%)	12 (66.7%)	0.508		7 (70%)	5 (50%)	0.625

Tabla 1.4 Resultados comparación 3 meses vs 9 meses

Variable	n	Global			n	7-11 años			n	12-17 años		
		Primera vuelta	Tercera vuelta	P		Primera vuelta	Tercera vuelta	P		Primera vuelta	Tercera vuelta	P
Inatención	32				19				13			
Puntaje		1.64 ± 0.67	1.64 ± 0.73	0.69		1.61 ± 0.63	1.68 ± 0.70	0.64		1.69 ± 0.74	1.59 ± 0.80	>0.999
>1.78 pts		14 (43.8%)	15 (46.9%)	>0.999		8 (42.1%)	9 (47.4%)	>0.999		6 (46.2%)	6 (46.2%)	>0.999
Hiperactividad	32				19				13			
Puntaje		1.44 ± 0.77	1.44 ± 0.89	0.793		1.55 ± 0.75	1.72 ± 0.81	0.308		1.27 ± 0.80	1.02 ± 0.88	0.349
>1.44 pts		15 (46.9%)	14 (43.8%)	>0.999		11 (57.9%)	11 (57.9%)	>0.999		4 (30.8%)	3 (23.1%)	>0.999
SNAP IV	32				19				13			
Puntaje		1.54 ± 0.66	1.54 ± 0.76	0.701		1.58 ± 0.66	1.70 ± 0.71	0.286		1.48 ± 0.69	1.31 ± 0.80	0.576
>1.67 pts		14 (43.8%)	13 (40.6%)	>0.999		9 (47.4%)	9 (47.4%)	>0.999		5 (38.5%)	4 (30.8%)	>0.999
EAT	32				19				13			
Puntaje		71.2 ± 14.8	69.2 ± 17.2	0.558		71.2 ± 16.5	70.3 ± 15.4	0.586		71.3 ± 12.7	67.5 ± 20.2	0.6
>68 pts		25 (78.1%)	27 (84.4%)	0.754		16 (84.2%)	16 (84.2%)	>0.999		9 (69.2%)	11 (84.6%)	0.625

APENDÍCE

A) Consentimiento informado



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD
DE MEDICINA



Percepción de síntomas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad por padres y adherencia a tratamiento de pacientes en resguardo domiciliario por COVID-19.

*Obligatorio

La presente encuesta forma parte de un estudio de investigación y es importante que lea y entienda la siguiente información. El propósito de este estudio es valorar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la población con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y poder así contribuir a la implementación de estrategias de prevención e intervención en esta enfermedad. Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si acepta participar en la investigación, el equipo de investigación del estudio recabará y registrará información personal acerca de usted, el tratamiento de su hijo y su percepción personal de los síntomas de TDAH ante la pandemia COVID-19. Esta información será estrictamente confidencial y no contendrá datos sensibles como su nombre completo, domicilio o fecha de nacimiento. La información recabada durante este estudio será recopilada en bases de datos del investigador, los cuales, podrán ser usados en otros estudios en el futuro, manteniendo en todo momento la confidencialidad de sus datos, y los resultados de este estudio de investigación podrán presentarse en reuniones o en publicaciones. No se identificaron riesgos físico o emocional directos de contestar el cuestionario, solamente la molestia de leer detalladamente las preguntas en caso de presentar alguna molestia, duda, queja etc. Favor de comunicarse a los teléfonos proporcionados. La presente investigación está

comunicarse a los teléfonos proporcionados. La presente investigación está aprobada por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" y el equipo de investigación será el responsable de salvaguardar la información de acuerdo con las regulaciones locales, nacionales e internacionales. Al aceptar participar reconozco que mi participación es voluntaria y acepto además, que mi información personal de mi salud puede utilizarse en el estudio de investigación clínica con la finalidad de brindar más datos en las estrategias de prevención en la población en relación a la pandemia COVID-19 y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como participante podrá contactar al Dr. José Gerardo Garza Leal, Presidente del Comité de Ética en del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" o al Lic. Antonio Zapata de la Riva en caso de tener dudas en relación a sus derechos como participante. Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México.CP 66460, Teléfonos: (81) 83294000 ext. 2870 a 2874, Correo electrónico: investigacionclinica@meduanl.com * *

☐ Acepto

☐ No acepto

Siguiente

Página 1 de 4

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

B) Perfil sociodemográfico

Nombre completo *

Género *

☐ Mujer

☐ Hombre

☐ Otro:

Edad en años *

País de residencia

Nombre de su hijo (a) *

Edad de su hijo (a) *

Tu respuesta

Género de su hijo (a) *

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre

¿Cuál es el diagnóstico de su hijo(a)? *

- ☐ Trastorno por déficit de atención subtipo inatento.
- ☐ Trastorno por déficit de atención subtipo hiperactivo.
- ☐ Trastorno por déficit de atención subtipo mixto.
- ☐ No sé / No recuerdo.

- ☐ Licenciatura
- ☐ Posgrado
- ☐ Otro

Ingreso mensual aproximado *

Desde hace cuánto tiempo tiene el diagnóstico su hijo (a). *

Tu respuesta

¿Qué medicamento utiliza su hijo (a)? *

- ☐ Metilfenidato.
- ☐ Atomoxetina.
- ☐ Clonidina.
- ☐ Bupropión.
- ☐ Otro.
- ☐ No toma medicamento.
- ☐ No sé / No recuerdo.

Qué dosis de medicamento toma su hijo (a) *

Tu respuesta

C) Escala Swanson, Nolan and Palham

Marque en la columna que describa mejor a su hijo en el último mes: *

	0 - No	1 - Un poco	2 - Mucho	3 - Demasiado
No presta atención, es descuidado en sus tareas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se le hace difícil concentrarse en sus tareas o juegos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parece no escuchar lo que le dicen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No obedece instrucciones o termina tareas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se le dificulta organizar su trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evita lo que no le gusta, no se concentra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Siempre pierde
artículos
escolares o del
hogar (como sus
juguetes, lapices
o libros).

☐☐☐☐

Se distrae con
estímulos
externos con
frecuencia.

☐☐☐☐

Es olvidadizo en
la rutina diaria.

☐☐☐☐

Hace
movimientos
continuos con los
pies y manos.

☐☐☐☐

Se sale de su
asiento cuando
no debe.

☐☐☐☐

Se trepa o
corretea cuando
no es apropiado.

☐☐☐☐

No puede hacer
nada con calma.

☐☐☐☐

Es intranquilo y
parece que tiene
un motor.

☐☐☐☐

Habla
excesivamente.

☐☐☐☐

Contesta antes
de tiempo.

☐☐☐☐

Se le hace difícil
esperar su turno.

☐☐☐☐

Interrumpe las
actividades de
otros.

☐☐☐☐

[Atrás](#)

[Siguiente](#)

Página 3 de 4

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) - [Términos del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

D) Escala de Apego a Tratamiento

En una escala del 0 al 100 selección qué calificación se pondría de acuerdo a qué tanto se asemeja lo que usted atiende el tratamiento de su hijo y lo que dice el enunciado. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, si no tan solo su experiencia. *

	0	10	20	30	40	50	60	70
Administro medicamentos de manera puntual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No importa que el tratamiento se por largo tiempo, siempre doy medicamento a la hora indicada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hago análisis clínicos en los períodos que el médico me indica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si mi hijo tiene que seguir una dieta rigurosa, la respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asisto a
consultas de
manera puntual.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Atiendo a las
recomendaciones
del médico en
cuanto a estar al
pendiente de
cualquier
síntoma que
afecte a la salud
de mi hijo.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Estoy dispuesto a
dejar algo
placentero por
ejemplo
chocolate, si el
médico me lo
ordena.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Proporciono sólo
aquellos
alimentos que el
médico permite.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Si el médico me
inspira confianza,
sigo el
tratamiento.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Después de haber iniciado un tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Cuando me dan resultados de los análisis clínicos, estoy más seguro y me apego más al tratamiento.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Si la enfermedad de mi hijo no es peligrosa, pongo poca atención al tratamiento.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida administrar medicamentos.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Cuando los
síntomas
desaparecen,
abandono el
tratamiento.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Si al poco
tratamiento no
veo mejoría, dejo
el tratamiento.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Si el tratamiento
exige a mi hijo
hacer ejercicio, lo
sigo.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Para que siga el
tratamiento mi
hijo, es necesario
que otros me
recuerden de la
toma de los
medicamentos.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Hago los
estudios de
seguimiento
como me lo
recomiendo el
médico, aunque
mi hijo no tenga
síntomas.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Me inspira
confianza que el
personal de salud
demuestre que
conoce la
enfermedad de
mi hijo.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Si sospecho que
la enfermedad es
grave, hago lo
que esté en mis
manos para
aliviarla.

☐☐☐☐☐☐☐☐

Aunque el
tratamiento sea
complicado, lo
sigo.

☐☐☐☐☐☐☐☐

[Atrás](#)

Enviar

Página 4 de 4

no envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inapropiado](#) · [Términos del Servicio](#) · [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

CAPÍTULO XII

Bibliografía

American Psychiatric Association. (2013). American Psychiatric Association, 2013.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). In *American Journal of Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg,

N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Chafouleas, S. M., & Iovino, E. A. (2021). Comparing the initial impact of COVID-

19 on burden and psychological distress among family caregivers of children with and without developmental disabilities. *School Psychology*.

<https://doi.org/10.1037/spq0000426>

Cortese, S., Asherson, P., Sonuga-Barke, E., Banaschewski, T., Brandeis, D.,

Buitelaar, J., ... Simonoff, E. (2020). ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group. *The*

Lancet Child & Adolescent Health, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30110-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30110-3)

Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the

COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300–302.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)

- Faraone, S. V, Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., ... Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 15020.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Grañana, N., Richaudeau, A., Gorriti, C. R., O'Flaherty, M., Scotti, M. E., Sixto, L., ... Fejerman, N. (2011). Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV adaptada a la Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(5), 344–349. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000500007>
- Hernández-Otero, I., Doddamani, L., Dutray, B., Gagliano, A., Haertling, F., Bloomfield, R., & Ramnath, G. (2015). Stress levels experienced by parents of children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder during the back-to-school period: Results of a European and Canadian survey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(1), 8–17.
<https://doi.org/10.3109/13651501.2014.961928>
- Khan, M. U., & Aslani, P. (2019). A Review of Factors Influencing the Three Phases of Medication Adherence in People with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 29(6), 398–418. <https://doi.org/10.1089/cap.2018.0153>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of covid-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>

- Li, W., Yang, Y., Liu, Z.-H., Zhao, Y.-J., Zhang, Q., Zhang, L., ... Xiang, Y.-T. (2020). Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1732–1738. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J., & Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 347–349. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17–e18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
- Merzon, E., Manor, I., Rotem, A., Schneider, T., Vinker, S., Golan Cohen, A., ... Green, I. (2021). ADHD as a Risk Factor for Infection With Covid-19. *Journal of Attention Disorders*, 25(13), 1783–1790. <https://doi.org/10.1177/1087054720943271>
- Merzon, E., Weiss, M. D., Cortese, S., Rotem, A., Schneider, T., Craig, S. G., ... Manor, I. (2021). The Association between ADHD and the Severity of COVID-19 Infection. *Journal of Attention Disorders*. <https://doi.org/10.1177/10870547211003659>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Consideraciones psicosociales en cuarentena y aislamiento para prevenir la salud mental durante el brote de

COVID-19. *Organización Panamericana de La Salud*, 2020, 1, 1–7. Retrieved from <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52571>

Pecor, K. W., Barbyannis, G., Yang, M., Johnson, J., Materasso, S., Borda, M., ... Ming, X. (2021). Quality of life changes during the covid-19 pandemic for caregivers of children with adhd and/or asd. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7).
<https://doi.org/10.3390/ijerph18073667>

Pimentel, M. J., Vieira-Santos, S., Santos, V., & Vale, M. C. (2011). Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: Relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 3(1), 61–68.
<https://doi.org/10.1007/s12402-011-0053-3>

Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. (2020). *Lineamiento general para la mitigación y prevención de COVID-19 en espacios públicos y cerrados*. 23 de marzo 2020. 400.

Shorey, S., Lau, L. S. T., Tan, J. X., Ng, E. D., & Aishworiya, R. (2021). Families with Children with Neurodevelopmental Disorders during COVID-19: A Scoping Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 46(5), 514–525.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab029>

Sibley, M. H., Ortiz, M., Gaias, L. M., Reyes, R., Joshi, M., Alexander, D., & Graziano, P. (2021). Top problems of adolescents and young adults with ADHD during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychiatric Research*,

136(October 2020), 190–197. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.009>

Soria Trujano, R., Vega Valero, C. Z., & Nava Quiroz, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas En Psicología*, 14(20), 78–88.

Retrieved from <https://biblat.unam.mx/es/revista/alternativas-en-psicologia/articulo/escala-de-adherencia-terapeutica-para-pacientes-con-enfermedades-cronicas-basada-en-comportamientos-explicitos>

Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>

Ueda, R., Okada, T., Kita, Y., Ozawa, Y., Inoue, H., Shioda, M., ... Ozawa, H. (2021). The quality of life of children with neurodevelopmental disorders and their parents during the Coronavirus disease 19 emergency in Japan.

Scientific Reports, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-82743-x>

World Health Organization. (2015). *Supporting Informal Caregivers of People Living With Dementia Supporting Informal Caregivers of People Living*. 1–4.

CAPÍTULO XIII

Resumen autográfico.

La Dra. Alejandra Grijalva Martínez es originaria de Óscar Soto Máynez, Namiquipa, Chihuahua y reside en Monterrey, Nuevo León desde el 2006 cuando ingresa a la Preparatoria No. 9 de la Universidad Autónoma de Nuevo León para posteriormente presentar el examen de admisión en el 2008 a la Facultad de Medicina de la misma universidad donde se gradúa de Médico Cirujano y Partero en el 2012, realiza su servicio social en el Banco de Sangre del Departamento de Patología Clínica y tras presentar el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), inicia sus estudios de posgrado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en el período 2016-2020, con especial interés en los trastornos afectivos, de la personalidad y del neurodesarrollo, diferentes modelos de psicoterapia e investigación donde ha participado en congresos nacionales e internacionales. En el cuarto año de su especialidad realiza una rotación externa en la Clínica del Neurodesarrollo del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitari Vall d’Hebron perteneciente a la Universitat Autònoma de Barcelona en la ciudad de Barcelona, España.

Actualmente se encuentra inscrita a la subespecialidad Psiquiatría Infantil y del Adolescente en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” para continuar sus estudios de posgrado.